

## **Meldeformular 1: Mutationsmeldungen**

Bei **Neueröffnung** oder **gleichzeitigem Wechsel der fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP)** oder in allen anderen Fällen bitten wir Sie, ebenfalls zusätzlich das **Meldeformular 2** auszufüllen.

### **1.1 Apotheke wünscht Anschluss am Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse durch:**

- Neueröffnung
- Anschluss einer bestehenden Apotheke
- Besitzerwechsel (Betriebsübernahme)

### **1.2 Mutationsmeldung einer am Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse angeschlossenen Apotheke bei:**

- Besitzerwechsel (Betriebsübernahme)
- Änderung der Geschäftsform
- Namensänderung
- Schliessung

**Gültig ab (Datum):**

## **2. Angaben zur Apotheke**

Name der Apotheke :
Adresse :
PLZ/Ort:
Telefon :
E-Mail :
E-Mail für Rechnungen (falls abweichend):
SAV-Nummer der Apotheke (falls vorhanden):
Name/Vorname der fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP):

## **2. Besitzverhältnisse gemäss Handelsregister**

### **2.1 Einzelfirma**

Name/Vorname (Eigentümer:in):
-------------------------------

### **2.2 Juristische Person**

Firmenname der juristischen Person (wenn z.B. AG, GmbH):
--

### 3. RoKA verantwortliche Person (falls abweichend von FvP)

(mehr Informationen finden Sie unter <https://pharmasuisse.org/de/politik-und-medien/fakten-und-statistiken/roka>)

Vorname, Name:

E-Mail-Adresse:

Mit der Unterschrift verpflichtet sich die unterzeichnungsberechtigte Person gemäss Ziff. 3.2 des Reglements über die Mitgliedschaft, die zur Berechnung des indirekten Mitgliederbeitrages notwendigen Daten in der vom Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse festgelegten Form elektronisch an eine vom Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bezeichnete Treuhandstelle zu liefern. In diesem Zusammenhang erteilen die Aktivmitglieder der bezeichneten Treuhandstelle die Berechtigung, die notwendigen Daten bei den Grossisten (und anderen Lieferanten) einzufordern, sowie den Grossisten (und anderen Lieferanten) die Berechtigung zur Lieferung der Daten an die Treuhandstelle.

<b>Ort/Datum</b>	<b>Unterschrift</b> (Unterzeichnungsberechtigte Person(en) gemäss Handelsregisterauszug)  <b>Vor- und Nachname(n) in Druckbuchstaben</b>
------------------	---

#### Wichtige Hinweise

- Ist die Apotheke am Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse angeschlossen, gilt sie automatisch als dem Tarifvertrag MTK beigetreten.
- Arbeitgeber oder Selbständigerwerbende, die beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse Mitglied sind, müssen sich der [Ausgleichskasse AK105](#) anschliessen. Ausgenommen davon sind Personen, die bereits Mitglied eines anderen Gründerverbandes einer Ausgleichskasse sind (Art. 64 Abs. 1 AHVG).

Wir bitten Sie, dieses rechtsgültig unterzeichnete Meldeformular **im Original** per Post an folgende Adresse zu senden:

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Mitgliedermanagement, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.